NA PODSTAWIE
Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 25 czerwca r. (poz. 731)

załącznik nr 3

Pieczęć podmiotu leczniczego wydającego skierowanie

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO prowadzonego przez Zgromadzenie sióstr św. Jadwigi w Katowicach Załężu

Niniejszym kieruję:

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania)

Nr telefonu do kontaktu

Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku − numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

---

Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

Dotychczasowe leczenie
Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie*)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca**

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)*

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)*** – do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego prowadzonego przez Zgromadzenie sióstr św. Jadwigi w Katowicach Załężu

---

Miejscowość, data

Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego

---

* Niepotrzebne skreślić.
** Jeżeli jest wymagana.
*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.